Lane Medical Library

Aus dem neurologischen Ambulatorium der allgemeinen Universitätspoliklinik Basel (Vorsteher Prof. Dr. Rob. Bing).

PSEUDO-ISCHIAS MYALGICA

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWUERDE

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTAET

DER

UNIVERSITAET BASEL

VORGELEGT VON

SAMUEL NOWICKI

AUS

SCHAULEN (LITAUEN)

Buchdruckerei B. Friedmann, Schaulen [illegible]. 1930.

Aus dem neurologischen Ambulatorium der allgemeinen Universitätspoliklinik Basel (Vorsteher Prof. Dr. Rob. Bing).

PSEUDO-ISCHIAS MYALGICA

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

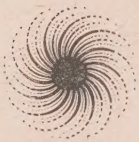
ERLANGUNG DER DOKTORWUERDE

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTAET

DER

UNIVERSITAET BASEL



VORGELEGT VON

SAMUEL NOWICKI

AUS

SCHAULEN (LITAUEN)

BUCHDRUCKEREI B. FRIEDMANN, SCHAULEN

1930

VON DER MEDIZINISCHEN FAKULTAET BASEL
GENEHMIGT AUF ANTRAG VON PROF. DR. ROBERT BING

TAG DER PROMOTION D. 22. VI. 1929.

DEM ANDENKEN
MEINER SCHWESTER RACHIL

Index.

		Seite
Kapitel Nr. 1:	Aetiologie der Ischias . . .	7
„ „ 2:	Differentialdiagnose der Ischias	9
„ „ 3:	Begriff der Myalgie	
	a) Ueber das Wesen der Myalgie	9
	b) Die Myalgie im klinischen Bilde	10
„ „ 4:	Differentialdiagnose zw. Mialgie und Neuralgie	12
„ „ 5:	Ueber den Zusammenhang der Myalgie mit Neuralgie . . .	14
„ „ 6:	Die Ischias als „Symptomenkomplex“	16
„ „ 7:	Beitrag zur Symptomatologie der Myalgie	19
„ „ 8:	Einige Bemerkungen ueber Skoliosis ischiadica	22
„ „ 9:	Bestimmte Lokalisationen der Myalgie an der Muskulatur . .	24
„ „ 10:	Kritische Bemerkungen ueber die Diagnose „Ischias“	
	a) Die Skoliosis kein differentialdiagnostisches Symptom zw. echter Ischias & Myalgie . .	25
	b) Praktische Gruende fuer die Trennug der Myalgie und Neuralgie im Allgemeinen	26
	c) Die praktische Bedeutung der Trennung der echten Ischias von der Pseudo-Ischias myalgica	28

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/pseudoischiasmya0000samu

I. Aetiologie der Ischias.

Es faellt zwar nicht in den Bereich meines Themas, auf die allgemeine Aetiologie der Ischias ausfuerlich, und auf jede angegebene Urzache im Einzelnen einzugehen. Ohne Anspruch auf Vollstaendigkeit will ich die ursaechlichen Momente der Ischias, wie sie fast in allen Lehr-und Handbuechern angegeben sind, kurz aufzaehlen: Rueckenmarkstumoren neoplastische Processe in den Knochenteinlen des Rueckens und des Beckens, Frakturen des Beckens und des Femurs, Coxarthritiden von deformierender, tuberculoeser oder anderer Art, gonorrhoische Gelenkaffek tionen. Varicen, Plattfuss und Kniegelenkaffektionen Graviditaet, Haemorrhoiden, Epididymitiden, Gicht Myalgien und Neurosen.

Wenn man die Literatur ueber die aetiologischen Momente der Ischias nachschlaegt und einer naeheren Pruefung unterzieht, so findet man, dass die Meinungen der verschiedenen Autoren auseinander gehen. Einzelne der oben aufgezählten Momente der Ischias werden von verschiedener Seite verneint und manche Autoren, wie W. A l e x a n d e r und andere nehmen z. B. bei Plattfuss, Varicen ein einfaches Zusammentreffen mit der Ischias an.

So deutet A l e x a n d e r darauf hin, dass der, Plattfuss gar keine Beschwerden der „echten" Ischias hervorrufe, sondern nur „ischiasähnliche" Symptome. Die Ansicht von A l e x a n d e r stützt sich auf Grund eines grossen Materials untersuchter Ischiasfaelle und er betont, dass die Plattfuss nicht als ausloesende Ursache der Ischias angesehen werden darf. Wenn man auch nicht selten bei Ischias Plattfuss findet, so beruht das auf die Haeufigkeit des Plattfusses an sich und ist, wie schon oben betont, ein zufaelliges Zusammentreffen. Was aber von besonderer Wichtigkeit

ist, er macht darauf aufmerksam, dass obwohl der Plattfuss Beinbeschwerden verursacht, doch die Schmerzen mit derjenigen der Ischias nicht uebereinstimmen, ferner auf das Fehlen der charakteristischen Symptome der Ischias.

Dagegen wird von anderer Seite (2) in der Literatur angegeben, dass in 8 von loo Ischiasfaellen die Ischias sich auf bei vorher bestehendem Plattfuss entwickelt hat.

Was die aetiologische Bedeutung der Varicen fuer die Entstehung der Ischias betrifft, so wird sie von der Mehrzahl der Autoren abgelehnt. Alexander begruendet seine Ansicht, dass die Varicen keine Rolle bei der Entstehung der Ischias spielen, auf Folgenden: 1. wie oft kommen Varicen vor ohne Spur von Ischiaserscheinungen; 2. durch Hochlagerung des Beines und des Beckens (um den Blutabfluss der erweiterten Venen zu beguenstigen) werden die neuralgischen Beschwerden nicht beeinflusst, nicht erleichtert. In einer anderen Arbeit (2) der Literatur fand ich dagegen auf Grund einer ziemlich erheblichen Prozentzahl behauptet, dass die Varicen fuer die Entstehung der Ischias eine Rolle spielten.

Als weiteres Beispiel will ich noch von der Gicht erwaehnen, das man diese Erkrankung ebenfalls nicht in die Aetiologie der Ischias einreihen kann. In einer Arbeit von Fr. Schultze (3) wird darauf hingewiesen, dass die Gicht gar keine Rolle bei der Entstehung der Ischias spielt, „sie liess sich bei keinem Ischiaskranken nachweisen". Auch in den neueren Arbeiten der Lireratur wird bestaetigt, dass die Gicht als Ursache der Ischias nicht angefast werden kann. Alexander fand in den Anamnesen unter seinem grossen Material von Ischiaskranken nur einen einzigen Fall. der typische Gichtanfaelle hatte. Auch konnten keine Zeichen einer latenten Gicht, wie Tophii, Ekzeme, chronische Gelenkveraenderungen u. s. w. nachgewisen werden.

Wie sehr die Meinungen der Autoren ueber die Ursachen der Entstehung der Ischias verschieden sind, dafuer koennen meine Andeutungen ueber den Plattfuss, Varicen etc, als Beispiel dienen. Ich will mich auf

die strittigen Frage nicht naeher einlassen, denn das wuerde mich vom ehngeren Thema zu weit wegfuehren.

2. Differentialdiagnose der Ischias.

Ehe ich nun in Folgendem in der Besprechung weiter schreite, wil ich einiges ueber die Fehldiagnosen, speziell bei Ischias sagen. Vielfach wird in der Literatur auf die Verwechslung von verschiedenen pathologischen Zustaenden mit der Ischias aufmerksam gemacht. Von besonderem Wert ist die Arbeit von W. Alexander, in welcher darauf hingedeutet wird, wie haeufig Verwechslungen verschiedener Krankheiten mit Ischias vorkommen und wie vermeidlich die Fehldiagnosen sind, wenn man sich nur die Muehe gibt, den Kranken genau zu untersuchen. Beispielweise will ich hier einige Faelle aus seiner Schilderung erwaehnen. Die seltene Neuralgie des Nervus cruralis, die mit Schmerzen und Sensibilitaetsstoerungen an der Vorderseite des Oberschenkels einhergeht, in anderen Faellen auch mit Fehlen des Pattellarreflexes und Atrophie der Strecker, wurde trotz allerdem noch als Ischias diagnostiziert. Schmerzen in den Beinen koennen das erste und einzige Symptom der Tabes sein; meist findet man aber schon Anomalien der Pupillen „wenn man sie nur sucht". Die Schmerzen sind bei der Tabes meist doppelseitig und unabhaengig von den Bewegungen. Besonders heftig wird die Erkrankung des Hueftgelenkes vor allem das Malum coxae senile mit Ischias verwechselt. Schmerzen bei passiven Bewegungen, besonders bei Adduction und Rotation des Beines, ferner beim Stosse des Beines gegen das Becken (Pfanne) fuehren zum Ziele der Diagnose.

3. Begriff der Myalgie.

a. Ueber das Wesen der Myalgie.

Um zu meinem eigentlichen Gegenstand ueberzugehen, moechte ich zuerst auf das Wesen der Myalgie eingehen. Vielfach ist in der Literatur ueber das Wesen der Myalgie geschrieben worden, eine ausfuehrliche Theorie stellen die Arbeiten von A. Schmidt (4) auf. In seinen Abhandlungen wird die Vorstellug

ueber das Wesen des Muskelrheumatismus entwickelt, wonach derselbe als eine Neuralgie der sensiblen Muskelnerven aufzufassen ist. Wie bekannt, sind die Empfindungen in den Muskeln auf das Vorhandensein der von Sherrington nachgewiesenen sensiblen Fasern der motorischen Nervenstaemme, zurueckzufuehren. Diese Empfindungen sollen unter krankhaften Verhaeltnissen herabgesetzt wie auch gesteigert sein koennen. Die gesteigerte Empfindung der sogenannte „Tiefschmerz" soll nach A. Schmidt (5) als Neuralgie der sensiblen intramuskulaeren Nerven aufgefasst werden. Diese Theorie wird von anderer Seite in der Literatur nicht bestaetigt, denn der klinische Verlauf der Myalgie, worauf ich spaeter zurueckommen werde, macht die Behauptung von A. Schmidt unwahrscheinlich. Auf Grund seiner Erfahrung und klinischen Beobachtungen weist A. Smidt auf die innige Beziehung der Myalgie zur Neuralgie hin, gibt aber keine Differentialdiagnose dieser beiden Zustaende an, vielmehr neigt er zu der Ansicht, dass sie nicht voneinader zu trennen sind.

Ich will mich naeher auf die Meinungsverschiedenheiten ueber das Wesen der Myalgie nicht einlassen, schon aus diesem Grunde, weil der myalgisch erkrankte Muskel alle anatomisch nachweisbaren Veraenderungen vermissen laesst. In den zahlreichen Faellen, bei denen das myalgisch affizierte Muskelgewebe in vivo oder post mortem untersucht worden ist, hat sich ein anatomisches Substrat nicht nachweisen lassen.

b. die Myalgie im klinischen Bilde.

In den neueren Arbeiten der Literatur ist der Begriff der Myalgie besonders einleuchtend in der Schilderungen von Prof. Rob Bing (6). Da ich mich in meinen weiteren Ausfuehrungen auf den Standpunkt von Prof. R. Bing stelle, sei es mir gestattet, etwas eingehender die von ihm aufgestellte Arbeit darzulegen.

Obwohl wir in Bezug auf pathologisch — anatomische Befunde bei der Myalgie noch in Unkenntnis stehen, ist es doch bemerkenswert, dass wir die Myalgie klinisch von ihr aehnlich verlaufenden Krank-

heiten unterscheiden koennen und muessen. Die Verwechslung der Myalgie mit der Neuralgie ist stets vermeidbar, wenn man bei der Uutersuchung des Patienten sich genuegend Muehe gibt um sich ein genaues und klares Bild zu verschaffen. Es existiert zwar in der Literatur die Andeutung, dass der Arzt sich vor der Verwechslung der Myalgie mit anderen Krankheiten schuetzen kann, doch sind die Erklaerungen nicht befriedigend und die dafuer noetigen Zeichen nicht ausreichend hervorgebracht, deshalb glaube ich, dass es von grossem Wert sei, die Schilderung von Rob. Bing hervorzuheben. Die Schmerzen bei der Myalgie treten fast ausnahmslos einseitig und auf einen Muskel oder eine Muskelgruppe lokalisiert auf, im Gegensatz zu dem charakteristischen, (Herumziehen" der Schmerzen bei Muskelrhe umatismus. Beispielsweise sei an Lumbago & Torticollis erinnert. Bei der Torticollis ist die Lokalisation des Schmerzes konstant oder verschiebt sich nur belanglos innerhalb des gleichen Territoriums. Als zweites wichtiges Symptom der Myalgie ist Druckemfindlichkeit und Schmerz bei der Dehnung des erkrankten Muskels.

Um das Bild der Myalgie im Gegensatz zur Neuralgie weiter zu differenzieren, sei erwaehnt, dass der myalgische Schmerz bei voelliger Ruhe der regionaeren Muskulatur spontannie auftritt. Im Gegensatz zur Neuralgie ist auch der Schmerz bei der Myalgie nicht so heftig und hat keinen ausstrahlenden Charakter. Ferner ist der myalgish erkrankte Muskel ausserordentlich gegen Nadelstiche empfindlich, wie man es bei der Injection beobachtet hat. Was nun den Dehnungsschmerz anbetrifft, ist er ebenfalls oft nicht so intensiv wie der bei Neuralgie und meist auch von laengerer Dauer. Objektiv ist fast ausnahmslos bei der Palpation eine Verhaertung und Spannung des myalgisch erkrankten Muskels nachzuweisen. Das bekanntlich namentlich von den Masseurèn behauptete Vorkommen von kleinen Knoetchen im erkrankten Muskel duerfte auf Kontraktionszustaenden (Hypertonus) beruhen. Die Folgen des Hypertonus koennen Kontrakturen sein (im Allgemein selten), wohl aber wird durch instinktive Schonung der er-

krankten Muskeln ein Verlust an Kraftentfaltung entstehen.

Nun noch kurz ein paar Worte ueber die Aetiologie der Myalgie. Am besten werde ich die ausloesenden Momente der Myalgie zusammenfassen, wie sie in der Arbeit von Rob. Bing angegeben sind. Hierher gehoeren mechanische Ursachen, z. B. Kompressionen durch schlecht gepolsterte Bruchbaender; traumatische Ursachen wie Schlag, Stoss, Kontusion etc, zu den toxsaemischen gehoeren vor allem die Lues, Gonorrhoe, Grippe, Tuberkulose, Typhus, Nephritis chronica, Arthritismus, Potatorium u. s. w. Deneben will ich noch an die Arbeit von Schmidt erinnern, wo er auf die toxischen und zwar infektioens-toxischen Ursachen der Myalgie hindeutet. Er macht darauf aufmerksam was fuer die infektioes-toxischen Ursachen spricht, dass bei akut auftretenden Faellen der Myalgie haeufig Fieber besteht, ferner als Begleiterscheinungen, Katarrhe der oberen Luftwege und bei der Auskultation nicht selten endocardiale Geraeusche zu hoeren sind. Was noch fuer die infektioes-toxische Aetologie spricht, ist nach A. Schmidt, dass durch Entfernung der Tonsillen, Eroeffnung von alten Kieferhoehlenempyemen und aehnlichen Massnahmen gute therapuetische Erfolge bei der Myalgie gesehen ja, dass diese Zustaende sogar zum vollstaendigen Verschwinden gebracht worden sind.

4. Differentialdiagnose zw. Myalgie und Neuralgie.

Ich kehre von der Eroerterung des allgemeinen Begriffes der Myalgie zum klinischen Bilde der „Ischias“ oder vielmehr Pseudo-Ischias myalgica zurueck. Bei mangelhaften Begriff und Vorstellung ueber die Myalgie, soll es uns nicht wundern, dass die Diagnose „Ischias“ viel zu haeufig gestellt wird. Wenn wir uns das Bild der Myalgie im Gegensatz zur Neuralgie und dessen klinischen Unterschiede klar vor Augen halten, so ist es leicht verstaendlich, dass die im Ischiadicusgebiete myalgisch erkrankten Muskeln nicht die charakteristischen Ischiassymptome zeigen, sondern nur „ischasiaehnliche“.

Um die Verwechslung der myalgich afficierten Muskeln mit der Ischias vermeidbar zu machen, glaube ich, dass es von grosser Bedeutung ist, wenn ich im Anschluss an die Bing'sche Lehre die Beobachtungen von Alexander noch hinzufuege. Die Myalgien koennen zwar, wenn sie gerade in der Gegend des Ischiadicusstammes (Glutaealmyalgie) sitzen fuer die Valleix'schen Druckpunkte gehalten werden; wenn man aber die gesamte Muskelmassen der Glutaeen, des Muskulus tensor fasciae latae atc, auf Druckpunkte untesucht, so zeigt sich meist, dass auch andere Stellen des Muskels druckempfindlich sind. Weiter erweisen sich die Druckschmerzen, dass sie nicht dem Nerven sondern der Muskulatur angehoeren nud dass sie schon bei oberflaechlichem Druck sich geltend machen. Als weiteres differential — diagnostisches Symptom ist zu erwaehnen, dass es sich bei der Myalgie um einen ununterbrochenen Schmerz, bei der Neuralgia ischiadica gerade um das Gegenteil handelt. Was das Lasègue/sche Phaenomen anbetrifft, so ist es nicht in einem solchen Grad zu erzeugen. Die Meinung von W. Alexander stimmt in jeder Beziehung mit derjenigen von Rob. Bing ueberein, ebenso schliessen sich die klinischen Beobachtungen aneinander an. Hier muss noch die Tatsache hinzugefuegt werden, worauf Rob. Bing einen grossen Wert legt, dass sich das Ischiassymptom nach Laségue bei der Myalgie um eine muskulaeren Dehnungsschmerz handelt (Pseduo- Laségue) und dass dadurch hervorgerufener Schmerz ganz unabhaengig davon ist, ob bei der Beugung das Beines in der Articuliatio coxae das Knie flecktiert oder in Extensionsstellung sich befindet. Ferner behauptet Rob. Bing, dass bei der Myalgie (wenn der Muskulus lumbodorsalis myalgisch nicht mitaffizieret ist) keine Skoljosis zustande kommt. Schliesslich ist zu erwaehnen, dass Symptome der echten Ischias wie die Popliteal-Perpneal-Metatarsaldruckpunkte bei der Pseudoischias myalgica nicht vorkommen. Dasselbe gilt fuer die cutanen Sensibillitaetsstoerungen, Verstrichensein der Glutaealfalte auf der kranken Seite, Areflexia achilaa u. s. w. Ich glaube, dass die aufgezaehlten differenzialdiagnostischen Stigmata vollstaen-

dig genuegen, um die Abgrenzung der echten Ischias, d. h. der Neuralgia ischiadica oder Neuritis ischiadica von der Pseudo-Ischias myalgica zu ermoeglichen.

Diese Schilderung will aber nicht sagen, dass sich an einer Glutaealmyalgie eine Ischias hinzugesellen kann, um so moeglicher, weil wir gesehen haben, dass beide eine gemeinsame Aetiologie haben koennen.

5. Ueber den Zusammenhang der Myalgie mit Neuralgie.

Am bekanntesten ist ja das Zusammentreffen von Lumbago mit Ischias, besonders haeufig bei „rheumatischer" Aetiologie, worauf auch Rob. Bing aufmerksam macht, naemlich „dass man nicht selten zu hoeren bekommt ein Hexenschuss sei in eine Ischias uebergegangen".

Somit komme ich auf die Bedeutung der Myalgie fuer die Entstehung der Ischias zu sprechen Schon im ersten Abschnitte meiner Schilderung habe ich darauf hingewiesen in wieweit wir berechtigt sind alle angegebenen ursaechlichen Momente der Ischias als wirklich ausloesend anzusehen; aus einigen Beispielen die ich angefuehrt habe, geht hervor, dass die Ansichten sehr schwankend und in vieler Hinsicht widersprechend sind.

Was die Myalgie betrifft scheint es mir, dass man das Recht hat, aus den Angaben der Literatur, auf welche ich gleich eingehen werde, den Schluss zu ziehen, dass diese Erkrankung fuer die Entstehung der Ischias eine nicht untergeordnete Rolle spielt. Es ist keine seltene Erscheinung, dass mit Neuralgien auch myalgische Beschwerden vereinigt sind. Ueberblicken wir die statistischen Zahlen der Literatur, so findet man, dass die Ischias in sehr erheblichem Grade mit Lumbago kombiniert ist. Nach den Angaben von A. Schmidt waren in 54% der Ischias faelle Lumbago vorhanden. Bei einem anderen Material von Ischiaskranken ist die Lumbago in 67% der Faelle noch vor dem Einsetzen der Ischias vorausgegangen. Endlich moechte ich noch auf eine Arbeit von Lindstedt, (2) der am Engange des dritten Jahrzehntes schildert, naeher eingehnd. Lindstedt

hat (24,5%) bei einer grossen Zahl von Ischiasfaellen eine gleichzeitig vorhandene Lumbago feststellen koennen. Auf Grund der Frequenz der Kombination Luumbo mit Ischias koennen wir wohl annehmen, dass die Myalgie von grosser Bedeutung fuer die Entstehung der Ischias ist. Wenden wir uns su der Frage auf welche Art und Weise die Ischias im Zusammenhang mit Lumbago entstehen kann. Will man dieser Frage naeher kommen, so muss man die Natur die am haeufigsten vorkommen, naeher untersuchen. der objektiven Veraenderungen bei Ischiaspatienten, Lindstedt fand bei seinem Material, dass die Veraenderungen solcher Art waren, dass man annehmen darf, die Ischiaskrankheit koenne auf Basis statischer oder dynamischer Stoerungen entstehen. Er glaubt, dass z. B. wie bei den Berufsneuralgien durch chronische Muskelueberanstrengungen auch hier durch statische Stoerungen zur Neuralgie ischiadica fuehren kann. Nach seinen Anschauungen ist die Ischias eine Neuralgie als eine auf Irradiations—oder Reflexwege entstandene Krankheit zu betrachten, die von verschiedenartigen Reiz-und Schmerzzustaenden hervorgerufen werden. Diese Schmerzen entstehen in den Muskeln infolge Hyperfunktion beim Gehen und Stehen. Es ist im allgemeinen bekannt, dass statische Stoerungen zur Hyperfunktion der Muskulatur der unteren Extremitaeten, hauptsaechlich der Glutaealgegend, wie auch bei Veraenderungen der Wirbelsaeule zur Hyperfunktion der Rueckenmuskulatur fuehren. Lindstedt macht besonders darauf aufmerksam, dass statische Stoerungen, die durch Insufficienszustaende in den Beinen entstehen, sich auch in die Glutaealregion und auch in den Rueken hinauf fortpflanzen wodurch die Muskulatur dieser Gegend mehr in Anspruch genommen wird, z. B. beim Gehen und Stehen. Dieselben Verhaeltnisse, d. h. statische Stoerungen, die durch Insuficienzzustaende im Rueken und zwar in der Lendengegend verursacht sind, koennen sich auf die unteren Extremitaeten fortpflanzen und dadurch muss hier die Muskulatur eine Hyperfunktion leisten. Wenn diese Ansicht annehmbar ist, so ist es leicht verstaendlich, dass eine Lumbago die Veranlassung zur Ischiaser-

krankung geben kann; wir wissen, dass ein funktioneller Zusammenhang zwischen der Muskulatur der Lumbalgegend und der Muskulatur des Ischiasdicusgebietes existiert.

6. Die Ischias als „Symptomenkomplex"

Was eigentlich bei der Kombination der Lumbago mit Ischias die Symptome der echten Ischias angeht, ist aus der Arbeit von Lindstedt nicht ersichtlich; denn er ist der Ansicht, dass, solange wir in den Pathologisch-anatomischen Verhaeltnissen dieser beiden Zustaende im Unklaren stehen, man von „wirklichen" oder „ischiasaehnlichen" Symptomen nicht sprechen kann. Er neigt zu der Auffassung, dass Ischias ein „Symptomenkomplex" ist, bei der eine Reihe von Symptomen wie neuritische, myalgische, myitische usw vorkommen und zieht keine scharfen Grenzen zw. der Myalgie und Neuralgie.

Dieser Ansicht schliesst sich z. T. auch Jungdahl (7) an. Er betrachtet ebenfalls die Ischias als „Symptomenkomplex" der sowohl auf einem primaeren Leiden des Nervus ischiadicus beruhen wie ein Zeichen anderer Krankheiten sein kann. Was die Aetiologie der Myalgie und Neuralgie angeht, so stimmt er auch der Meinung zu, dass sie eine gemeinschaftliche (z. Teil) ist. Er berichtet ueber Faelle von Lumbalspondylitis bei denen Muskelsymptome festzustellen waren, die unter dem Bilde der Lumbago verliefen; es konnten aber auch „Ischiasaenliche" Symptome konstantiert werden, die abwechselnd mit den myalgischen Beschwerden auftraten. Aus einigen Beispielen der Schilderung von Jungdahl ist zu ersehen, dass er die Myalgie als eine Erkrankung, die auf Ueberanstrengung beruht, aufasst. Er nennt sie daher „Ueberanstrengungsmyalgie". Weiter spricht er von einer zweiten Form der Myalgie und versucht es zu erklaeren, dass sie auf dem reflektorischen Wege entstehen kann und bezeichnet diese Form als „reflektorische Myalgie". Er schildert einen Fall von Malum coxae, der mit lumbagoartigen Schmerzen einsetzte, dem auch waerend des Verlaufes der Krankheit Ischias hinzugesellt war, die aber spaeter verschwand. Bei der Untersuchung des Patienten ergab sich, dass

der Muskulus sartorius palpatorisch hart anzufuehlen und stark kontrahiert war; beim Versuch das Bein in Mittelstellung zu bringen wird die Kontraktion des gennanten Muskels maximal und die Flexion konnte nicht bis zu einem Winkel von 90'0 ausgefuehrt werden, da der Patient intensive Schmerzen empfand. So behauptet J u n g d a h l, dass diese Muskelschmerzen bei deformierenden Vorgaengen in der Articulatio coxae von reflektorischer Natur sein sollen und die Ischiadicusschmerzen bei diesem Processe koennen ebenfalls auf dem reflectorischen Wege ausgeloest werden. Diese Anschauung stuetzt sich auf Grund der Lehre von M a c k e n z i e Bezueglich der Ausfuerlichkeit der Macken zschen Theorie moechte ich auf die Arbeit von J u n g d a h l (7) hinweisen, hier will ich nur kurz auf diese eingehen.

Die Einteilungs der Krankheitssymptome geschieht in:

1) Reflexsymptome
2) Funktionelle Symptome
3) Strukturelle Symptome

Die wichtigsten fuer die Diagnose in Betracht kommenden Symptome sind die nervoesen, also die Reflexsymptome, welche sich in Schmerzen aeussern und dem Patienten den Anlas geben den Arzt aufzusuchen. Die uebrigen, also die strukturellen Symptome z. B. bei einer Lebervergroesserung oder die funktionellen Symptome bei Herzinsuffizienz, kann der Arzt nicht immer vorfinden, weil sie oft fehlen oder nur im geringen Maase ausgebildet sind. Das einzige, was dem Arzt zeigt, dass eine Krankheit vorlegt, sind in vielen Faellen nur Symptome, die von dem befallenen Organe durch das Nervensystem vermittelt werden und diese muessen als reflektorisch durch das zentrale Nervensystem vermittelt angesehen werden. Mit der M a c k e n z i eschen Theorie als Unterlage glaubt J u n g d a h l die Natur der lumbago -ischiatischen" Beschwerden bei Malum coxaezum Verstaendnis zu bringen. Die Meinung, dass es bei dem Malum coxae sich um einen Entzuendungsprocess im Gelenke handelt und dass ein seroeser Erguss und eine oedematoese Anschwellung der Gelenkkapsel eine Reizung der vorbeigehenden Nerven

hervorrufen, haelt er fuer unwahrscheinlich. Denn man trifft oft gelenkdeformierende Processe mit hochgradiger Hydarthrose an,ohne dass dabei Reizerscheinungen der vorbeigehenden Nerven und Musken zustande kommen.

Was kommt nun in Betracht bei den deformierenden Processen eines Gelenkes, was die motorischen und sensiblen Reflexe hervorrufen? Ausser der Entzuendung, von der wir aus taeglicher Erfahrung wissen, dass sie eine Ursache des Schmerzes ist, kennen wir noch andere Gruende, die den Schmerz hervorrufen, wie z. B. das Trauma. Man vernimmt oft von den Patienten mit Gelenkaffektionen die Angaben, dass sie einen „Riss" verspuert haben. Diese Benennung „Riss" haelt Jungdahl nicht ganz fuer unrichtig, natuerlich handelt es sich nicht um einen Muskelriss sondern, um eine Beschaedigung eines anderen zum Gelenke gehoerenden Gewebes, besonders des verhaeltnismaessig empfindlichen Knorpelgewebes, denn der Knorpel bei derformierender Arthritis zeigt zuerst die krankhaften Veraenderungen degenerativer Art. Schon bei einer unbedeutenden Aktion des Gelenkes werden Schmerzen ausgeloest, die teils von ausstrahlendem Charakter sind, teils in Form von Muskelkontraktionen auftreten koennen' wo noch keine Veraenderungen roentgenologisch nachzuweisen sind. Diese Schmerzen koennen nach dem Mackenzie/schen Gesetze auf dem reflektorischen Wege durch die Vermittlung der korrespondierenden Rueckenmarksnerven einsetzen.

Betreffs der Ischiassymptome in solchen Faellen (also im Zusammenhang mit Malum coxae) konstatierte Jungdahl gewisse Abweichungen, d. h. die Symptome waren nicht so ausgesprochen wie bei der (reinen) echten Ischias, die Schmerzen sich nicht ausschlissend auf das Gebiet des Ischiadicus beschraenken, sondern auch an anderen Partien der unteren Extremitaeten vorhanden waren, (vor allem an der Innenseite des Oberschenkels) und dass sie nicht absolut von den Bewegungen abhaengig waren. Die Valleix/schen Druckpunkte waren ebenfalls nicht ausgesprochen, dagegen aber waren die Muskulatur des Oberschenkels und des Beckens druckempfindlich.

Ferner macht Jungdahl Folgendes aufmerksam. Bei manchen Faellen von Ischias konnte man bei der Aufnahme der Anamnese hoeren, dass vor dem Ischiasanfall Schmerzen vorausgegangen waren, die den Charakter vom Lumbago hatten. Bei der Pruefung des Laségue'schen SYMPTOMS hat sich auch eine Eigentuemlichkeit erwiesen. dass es nicht wie bei der gewoehnlichen Ischias, wenn die Bewegung einen gewissen Grad erreicht auf einen bestimmten Widerstand stoesst, den man nicht leicht ueberwinden kann; hier liess sich der Widerstand bei langsamer und vorsichtiger Dehnung ueberwinden, aber hierbei sprangen besonders die Muskuli Semitendinosus und Semibranosus als harte Wuelste vor.

7. Beitrag zur Symptomatologie der Myalgie.

Obwohl die Myalgie der Lenden-Glutaeal-und der Muskulatur der unteren Extremitaeten dem Bilde der Ischias aehneln kann, ist die Anschauung, dass die Ischias nicht der Ausdruck einer neuralgischen Affektion des Nervus ischiadicus bzw. seines Wurzelgebietes zu sein braucht, meines Erachtens durchaus nicht zutreffend. Ich habe schon auf die wichtigsten Merkmale der Myalgie im Gegensatz zur Neuralgie resp. der Pseudo-Ischias myalgica im Gegensatz zur echten Ischias hingewiesen und wir sahen, dass bei genauer Untersuchung des Patienten, die Trennung dieser beiden Zustaende ohne weiteres moeglich ist. Um diese Ansicht mehr zu begruenden, moechte ich hier auf eine Arbeit von Peritz (8) eingehen, dessen Meinung mit derjenigen von Rob. Bing und W. Alexander in einigen Punkten uebereinstimt. Zwar ist in seiner Schilderung die Differentialdiagnose zw. echter Ischias und Pseudo-Ischias myalgica nicht in solch einem Masse wie diejenige der letzgenannten Autoren ausgepraegt, (denn Peritz spricht ueberhaupt noch nicht von einer Pseudo-Ischias myalgica) aber doch sind schon einige Andeutungen ueber diese Verhaeltnisse vorhanden. Zuerst bestaetigt Peritz die Tatsache, dass die Myalgie viel haeufiger als die Neuralgie vorkommt und betont ebenfalls wie die anderen Autoren, dass die Trennung

dieser beiden Zustaende von grosser praktischen Bedeutung ist. Die Erkrankungsmoeglichkeit der Muskulatur ist eine viel groessere als die der Nerven, schon aus dem Grunde, dass die Muskeln mehr der ausseren Schaedlichkeit ausgesetzt sind als die groesseren Nerven, welche im grossen und ganzen unter dem Schutze der Muskulatur liegen. Ferner ist das Muskelgewebe viel empfindlicher auf alle Stoffwechselstoerungen reagierend als das Nervengewebe. Auch Peritz ist es aufgefallen, dass die Diagnose Neuralgie viel zu haeufig gestellt wird ohne die myalgisch erkrankten Muskeln zu beruecksichtigen. Was die Symptomatologie der Myalgie betrifft, hat er die Erfahrung gemacht, dass die Haut ueber die erkrankten Partien der Muskeln gegen Nadelstiche und gegen faradische Reize hyperalgetisch ist. (Letzteres soll ein konstanteres Symptom sein.) Ein weiteres differentialdiagnostisches Symptom ist zu erwaehnen, dass die Patienten mit Myalgie oft paraesthetische Beschwerden aufweisen, welche den hyperalgetischen Bezirken ueber dem affizierten Muskel entsprechen und von flaechenhafter Ausdehnung sind.

Wie schon betont, besitzen wie fuer die Myalgie kein anatomisches Substrat; infolgedessen wissen wir ueber das Wesen der Myalgie recht wenig. Auch sind wir mit objektiven Symtomen begrenzt wesswegen wir mehr auf die subjektiven Angaben und Klagen der Patienten angewiesen sind. Hauptsaechlich muss der Verlauf der Schmerzen beruecksichtigt werden; dieselben sind wie schon erwaehnt dauerende, die also keinen paroxismalen Charakter wie die bei der Neuralgie haben. In dieser Hinsicht schliesst sich Peritz an die Beobachtungen von Rob. Bing und W. Alexander an; er fuegt noch hinzu, dass der Schmerz bei der Myalgie nicht so „blitzartig“ wie bei der Neuralgie auftritt. Die Druckempfindlichkeit zeigt ebenfals gewisse Unterschiede gegenueber der Neuralgie; erstens ist zu sagen, dass sie stets konstant ist, zweitens bei der Neuralgie finden wir die Druckemfindlichkeit an Stellen, wo der Nerv mehr einen oberflaechlichen Verlauf nimmt und die Druckpunkte nur einen begrenzten Umfang haben, bei der Myalgie dagegen ist die ge-

steigerte Empfindlichkeit auf Druck von viel beduetenderer Dimension.

Die Myalgie der unteren Extremitaeten soll sich (nach P e r i t z) an bestimmten Stellen lokalisieren, besonders haeufig am oberen Drittel des Muskulus Sartorius, in den oberen Bezirken der Adduktorengruppe, des M. Vastus lateralis, des Tensor fasciae latae; am Unterschenkel ist meist die Ursprungsstelle des Gastrocnemius von der Myalgie befallen. Nicht selten findet man erkrankte Partien an der Ansatzstelle des Muskulus vastus lateralis und an der Innenseite des Muskulus vastus medialis dicht ueber dem Gondylus internus; wenn das der Fall ist, so kann das L a s è g u e /sche Phaenomen positiiv ausfallen und eine Ischias vortaeuschen. Wir sehen daraus, wie vorsichtig man mit der Diagnose »Ischias« sein muss. Aus verschiedenen Gruenden, (auf welche ich am Schlusse meiner Arbei zurueckkommen werde) ist zu ersehen, dass die Trennung der echten Ischias von der Pseudo-Ischias myalgica von grosser Bedeutung ist.

Ohne ins Einzelne zu gehen, moechte ich auf eine Arbeit von G o l d s c h e i d e r (9) eingehen und mich hier nur auf die Bemerkungen ueber einige Merkmale der Myalgie beschraenken. Die Druckempfindlichkeit ueber dem myalgisch erkrankten Muskel ist gleichmaessig verteilt und fuehlt sich bei der Palpation gespannt an. Darueber, wie der Schmerz bei der Myalgie emfunden wird, hat auch Goldscheider die gleichen Beobachtungen wie R o b. B i n g und W. A l e x a n d e r gemacht, naemlich, dass der Schmerz bei Fernhaltung von funktionellen oder sonstigen Reizen unmerklich sein kann; bei Faellen mit spontanem Dauerschmerz liegt ein latenter Zustand erhoehter sensibler Erregbarkeit vor.

Was die Kombination der Myalgie und Neuralgie angeht, ist G o l d s c h e i d e r derselben Ansicht wie die Autoren, deren Schilderung ich bei der Besprechung des Zusammenhanges der Lumbago mit Ischias dargelegt habe. Er behauptet, dass die Ischiasanfaelle oft mit Lumbago einsetzen; diese Erfahrung habe er sogar an sich selber gemacht, da er mit dieser Krankheit belastet war.

Hie und da trifft man in der Literatur die Aeusserung an, dass die Lumbago fuer die Entstehung der Ischias sowohl auch im Verlauf derselben gar keine so wesentliche Rolle spielt, und es wird unterstrichen, dass die Lumbalmuskulatur nicht im geringsten druckempfindlich war. Es wird auch behauptet, dass es vielmehr tiefer gelegene Teile sein muessen wie Bandapparate, die urspringlich erkrankt sind und man eher eine Erkrankung des Plexus ischiadicus und des Ischiadicusstammes annehmen kann als dass man die Lumbalmuskulatur beschuldigt. Hier muessen wir auch einer Ansicht Stursbergs (10) Erwaehnung tun, der die Aufmerksamkeit auf die Wurzelischias gelenkt hat. Er glaubt, dass die Isehiaskranken welche Druckempfindlichkeit in der Gegend der Lumbalwirbelsaeule oder des Kreuzbeins besitzen und wenn Empfindungsstoerungen mit segmentaerer Anordnung nachzuweisen sind, ferner bei gleichzeitigem Vorhandensein von Schwaeche oder Abmagerung der Glutaeen, die Annahme einer Diagnose Wurzelischias sehr nahe liegt.

8. Einige Bemerkungen ueber Skoliosis ischiadica.

Bei der Besprechung ueber die von Rob. Bing angegebenen differentialdiagnostischen Merkmale der echten Ischias und der Pseudo-Ischias myalgica wurde erwaehnt, dass eine Skoliose bei der Pseudo-Ischias myalgica nicht zustande kommt, d. h., dass eine Skoliose mehr fuer die Diagnose echte Ischias sprechen wuerde. Dabei aber wurde ausdrueklich gesagt, das eine Skoliose bei der Beteiligung des Muskulus lumbodorsalis an der myalgischen Affektion wohl enstehen kann.

Ich will mich hier auf die verschiedenen Erklaerungsversuche des Zustandekommens der Skoliose nicht einlassen, denn ich bin weit entfernt davon—nur inwieweit die Auseinandersetzung mein Thema angeht.

Die Uutersuchungen ueber Rueckgratsverkruemmungen speziell ueber Skoliosis ischiadica sind haeufig, so dass wir in der Literatur ueber ein grosses Material verfuegen. Ausser den verschiedenen Formen der Skoliosis kennen wir eine muskulaere

Skoliose. Im Anschluss daran moechte ich auf eine Arbeit von Baehr (11) kurz eingehen. Er tritt fuer die Auffassung der Rueckgratsverkruemmungen als einer statischen Deformitaet ein, hervorgegangen aus dem Bestreben des Patienten, die am wenigsten schmerzhafte Beinhaltung herauszufinden. Je nachdem der Patient sich bei gestrecktem oder gebeugtem Knie wohler fuehle, werde beim Gehen die gesunde oder die krankseitige Beckenhaelfte gesenkt; es entstehe eine homologe resp. eine heterologe Skoliosis. Bei Streckung des kranken Beines muss zum „Durchpendeln" das gesunde Bein kuerzer gemacht werden, es wird also die gesunde Beckenseite gesenkt; dagegen muss bei staerkerer Beugung des kranken Beines die kranke Beckenseite gesenkt werden; und daraus resultiert auch die haeufigere heterologe Skoliose. Als Beweis fuehrt Baehr die Tatsache an, dass auch nach Fussverletzungen, Knoechelfrakturen mit bestimmten Beweglichkeitsstoerungen, welche bisweilen an die Statik beim Gehen besondere Bedingungen stellen, wie Aussenrotation der Fussspitze, Adduction des Beines, also Verkuerzungen der betreffenden Beckenstuetze bedingten, Rueckenschmerzen und skoliotische Verbiegungen auftraten. Was nun die Verhaeltnisse der Skoliosis ischiadica angeht, so kommt es darauf an wie sich der Patient mit der veraenderten Statik in seiner Haltung zurechtfindet, denn er muss gleichsam der primaeren Statik nicht nur an den Beinen, sondern auch am Rumpf bei der Kombination mit Lumbago Rechnung tragen. Baehr hat die Beobachtung gemacht, dass die Ischiaskranken eine gewisse Praedisposition fuer muskulaere Erkrankungen haben, sodass man nicht selten eine Ischias im Verein mit Lumbago antrifft; dadurch ist die Moeglichkeit fuer die Entstehung der Skoliosis noch groesser als bei reiner Nervenerkrankung. Anderseits aber gibt es Skoliosen bei reiner Lumbago. Dementsprechend unterscheidet Baehr der Entstehung nach drei Hauptgruppen von Skoliosen:

1) Skoliosis ischiadica
2) Skoliosis ex lumbagine
3) Mischform beider

Dan moechte ich folgendes hinzufuegen: Da wir gesehen haben, dass bei Erkrankungen der Muskulatur der unteren Extremitaeten oder der Glutaeen auch der Erector trunci in Mitleidenschaft gezogen wird, geht daraus hervor, dass die Skoliosis nicht immer als differentialdiagnostisches Merkmal zw. echter Ischias und Pseudo-Ischias myalgica angesehen werden darf.

9. Bestimmte Lokalisationen der Myalgie an der Muskulatur.

An einigen Stellen meiner Schilderung ist die Aufmerksamkeit darauf gelenkt worden, dass die Myalgie gewisse Abschnitte der Skelettmuskulatur bevorzugt. Nach den Erfahrungen von P e r i t z sind nicht nur bestimmte Lokalisationen an den unteren Extremitaeten der myalgischen Erkrankung unterworfen, sondern auch am Ruecken, Brust u. s. w. gewisse Muskelgruppen der Myalgie ausgesetzt. Am Rueken werden besonders haeufig der Erector trunci und Latissimus von der Myalgie befallen. Die Schmerzempfindlichkeit ist besonders an zwei Stellen ausgesprochen, die eine unterhalb des Angulus inf. scapulae, die zweite, wo der Sacrospinalis von der Crista iliaca und Fascia lumbodorsalis seinen Ursprung nimmt. Die Glutaealmuskulatur zeigt die haeufigsten myalgischen Partien in der Gegend der Crista iliaca und zwar an der Ursprungsstelle des Muskulus glutaeus maximus und medius (Oppenheim). Am Thorax ist meist der Muskulus pektoralis major von der myalgischen Affektion befallen und zwar an den Ursprungszacken des Muskels, die vom Sternum ausgehen; schliessllich kann man die Druckempfindlichkeit laengs dem freien Rande bis zum Ansatz des Muskels am Humerus verfolgen. Aus dieser Beobachtung geht hervor, dass die Muskeln am leichtesten erkranken, wo sie in ihren Endsehnen uebergehen und dass die Drueckempfindlichkeit bei der Myalgie am intensivsten ist dort wo die Muskelmassen am duennsten sind. Diese Behauptung wird von P e r i t z begruendet aus der Erfahrung, dass unter Behandlung die Myalgien in ihrer Ausdehnung zurueckgehen bis schliesslich als letzte Reste die

duennsten Muskelpartien uebrig bleiben, welche direkt mit dem Periost am Ansatz des Muskels verbunden sind, so z. B. der Muskulus anconeus beim Ansatz am Olekranon. Die Schmerzen bei der Lumbago beschuldigt P e r i t z ebenfalls die Ursprungsstelle des Iliospnalis.

Was nun den Schmerz bei der Myalgie anbetrifft sagt Peritz, dass der Schmerz nicht nur an der Stelle, wo der Muskel von der Erkrankung befallen ist, zum Ausdruck kommt, sonden Peritz spricht von sog. „Fernwirkung". (Auf welche Weise er das Zustandekommen dieser Fernwirkung zu erklaeren versucht, sei auf die Arbeit von Peritz (8) hingewiesen.)

Wenn der Muskulus Tensor fasciae latae oberhalb seines Ansatzes erkrankt, klagen die Kranken nicht nur ueber Schmerzen an dieser Stelle, vielmehr ueber Schmerzen in Knie und an der Aussenseite des ganzen Oberschenkels. Es ist anzunehmen, dass diese Schmerzen im Knie darauf beruhen, dass durch die erkrankten Partien im Tensor fasciae latae eine Verkuerzung dieses Muskels stattfindet und dadurch eine Anspannung der Gelenkkapsel bedingt. Eine zweite Moeglichkeit fuer die Erklaerung der sog. „Fernwirkung" ist, dass der Patient infolge der Erkrankung eines Muskels diesen schont und andere Muskeln mehr in Anspruch nimmt, welche mit schmerzen beantworten. Die gleichen Verhaeltnisse sind bei der Erkrankung der Glutaeen; die Kranken die hier Myalgien besitzen, klagen nicht selten ueber Schmerzen an der Aussenseite des Unterschenkels und der Wade". Meist aber verschwinden die Schmerzen in der Wade sobald die Myalgien der Glutaen unter Behandlung beseitigt werden.

10. Kritische Bemerkungen ueber die Diagnose „Ischias"

a) Die Skoliosis kein differentialdiagnostisches Symptom zw. Ischias und Myalgie.

Es sei mir hier gestattet, noch einiges zu dem Gesagten ueber die Moeglichkeit des Zustandekommenseiner Skoliosis bei Pseudo — Ischias myalgica hinzuzufuegen. Mit der Erklaerung der „Fernwirkung" bei der Myalgie als Unterlage moechte ich die An-

sicht noch mehr fuer wahrscheinlich halten, dass eine Skoliose auch bei der Pseudo — Ischias myalgica entstehen kann, vorausgesetzt, wenn keine therapeutische Massnahmen zur Beseitigung der Krankheit vorgenommen werden. Wie schon betont, dass bei einer myalgischen Erkrankung eines Muskels der unteren Extremitaeten oder der Glutaeen die Schmerzen sich auch an anderen Muskeln GELTEND machen wie an Oberschenkel Wade u. s. w., so ist es klar, dass es bei Schonung der schmerzhaften Muskeln zu statischen Stoerungen fuehren kann und dadurch ist die Veranlassung zu einer Skoliose gegeben. Auch daraus sehen wir, dass das Bild der Pseudo—Ischias myalgica dem der echten Ischias aehnlich ist und dadurch die Diagnose compliziert wird.

b) Praktische Gruende fuer die Trennung der Myalgie von der Neuralgie im Allgemeinen.

Die Diagnose Ischias wird faelschlicherweise gestellt, weil man gewonnt ist, jede Affektion im Ischiadicusgebiet auf eine Neuralgie zurueckzufuehren ohne sich dabei genauere Rechenschaft ueber die „ischias—aenlichen" Symptome zu verschaffen. Ich finde, dass in der Literatur die Frage der Myalgie viel zu wenig behandelt worden ist, wie sich Peritz in seiner Arbeit ausdrueckt: „Die Vorliebe der Aerzte fuer die Diagnose „Neuralgie" kann meines Erachtens nur darauf zurueckgefuehrt werden, dass sich die Aerzte immer mehr fuer die Nerven als fuer die Muskeln interessiert haben. Denn das Nervensystem in seiner Kompliziertheit lockte gegenueber den einfachen Verhaeltnissen im Muskelsystem immer staerker den Forschungseifer an". Es kann nicht genug betont werden, dass man die Neuralgie und die Myalgie streng voneinander trennen muss; denn abgesehen von der falschen Diagnose ist die Trennung dieser beiden Zustaende aus therapeutischen Gruenden wichtig. Beispielweise will ich einen Fall, aus der Arbeit von Peritz entnommen, schildern: „Ein zweiundfuenfzigjaehriger Mann erkrankt mit Schmerzen in der Herzgegend. Diese Schmerzen treten taeglich mehrmals anfallsweise auf. Anamnestisch laesst sich feststellen, dass die Schmerzen seit einem ungluechlichen Griff nach hinten bei der Gartenarbeit bestehen. Am

Herzen findet sich nur ein regelmaessiges rythmisches Aussetzen jeden vierten Schlages. Dagegen besteht eine Myalgie des freien Randes des Muskulus pectoralis major in seinem oberen Abschnitt. Der Patient ist ausserordentlich nervoes und innerhalb vier Jahre, in denen das Leiden besteht, stark gealtert. Nach Beseitigung der Myalgie war auch die Arythmie des Herzens und die sonstigen nervoesen Symptome. ueber die der Patient klagte, verschwunden". Einen ganz analogen Fall sei mir hier zu erwaehnen gestattet, welcher mir vom meinem Studium in Paris her in Erinnerung blieb: Patient S., ein Landsmann von mir, steht seit einigen Jahren in Behandlung wegen Schmerzen, welche in der linken Thoraxhaelfte lokalisiert waren. Trotz seiner sorgfaeltigen Ausfuehrungen der therapeutischen Massnahmen, die ihm von Seiten einiger Aerzte vorgeschrieben waren, gingen die Beschwerden nicht zurueck, den, wie man von dem Patienten erfahren konnte, lautete die Diagnose seiner behandelnden Aerzte: Herzneurose (wegen Abmagerung und mässiger Temperatursteigerung?) und Lungenaffektion. Schliesslich kommt Patient S. zu mir, um einen Rat zu erfragen. Ich ging mit meinem Landsmann zu Prof. Gilbert (Hotel-Dieu). Bei zweimaliger Untersuchung von Prof. Gilbert (der ich auch die Gelegenheit hatte beizuwohnen) liessen sich ausser Druckemfindlichkeit in der Gegend des Pectoralis major keine objektiven Symptome einer Erkrankung seitens des Herzens und der Lunge nachweisen. Prof. Gilbert untersagte dem Patienten alle medicamentoesen Mittel, die er verschiedenen Aerzten gebraucht hat, und empfahl eine konservative Therapie gegen die myalgischen Beschwerden. Nach Anwendung dieser vorgeschlagenen Behandlung wurde der Patient von seinen Leiden befreit.

Es ergibt sich die Beobachtung, dass die Anschauung vieler Aerzte so eingewurzelt ist, (haeufig in den Arbeiten ueber die Myalgie angedeutet) dass ein Schmerz in der linken Brusthaelfte unbedingt auf eine Erkrankung eines lebenswichtigen Organs hindeuten muss. „Diese Ueberzeugung gewinnen die Kranken beim ersten Aufreten des Schmerzes; sie werden vom Arzt noch darin bestaerkt, der zwar

bei den mangelhaften objektiven Herzbefund nur ein nervoeses Herzleiden diagnostiziert, aber immerhin ein Herzleiden".

c) Die praktische Bedeutung der Trennung der echten Ischias von der Pseudo—Ischias myalgica.

Von ganz entschieden praktischer Bedeutung ist die Differentialdiagnose zw. echter Ischias und Pseudo — Ischias myalgica. Die Bedeutung liegt einmal darin, weil gewisse Behandlungsmethoden, die wir bei der Ischias anwenden z. B. die perineurale Infiltration des Ishiadicus nach Lange, die unblutige und in vielen Faellen auch die blutige Dehnung des Nerves ect., gute Resultate geben koennen, waehrend diese Massnahmen bei der Glutaealmyalgie nicht zum Ziele fueren. Die Notwendigkeit einer sotchen Unterscheidung haben namentlich Rob. Bing und W. Alexander betont. So weist W. Alexander auf Faelle hin, wo die Diagnose „Ischias" gestellt und mit Lange/schen Injektionen behandelt wurde, aber ohne Ervolg; erst die Beruecksichtigung der myalgischen Affektion und der entsprechenden Therapie fuerte zur entgueltigen Heilung. Dieselbe Erfahrung hat auch Peritz gemacht und mit Erfolg die Einspritzungen von steriler Kochsalzloesung (0,2 : 100 mit Zusatz von Novocain 0,5) angewendet. Er sagt, „niemals suche ich einen Nerven auf und ich habe es noch nie bei der Myalgie noetig gehabt".

Ds existiert eine Menge von Arbeiten in der Literatur ueber das Wesen der Myalgie und Neuralgie, aber alle diese Erklaerungen koenen nur als Hypothesen angesehen werden; denn die Untersuchungen entbehren jeder anatomo — pathologischen Grundlage. Ausgehend von diesem Standpunkt, habe ich nicht selten in der Literatur die Aeusserung von Autoren (welche ueber den Zusammenhang der Myalgie mit der Neuralgie schreiben) angetroffen, dass, solange die Pathogenese der Myalgie und der Neuralgie ganz unbekannt ist, es gleichgueltig zu sein scheint, ob man die Ischiassymptome als wirkliche, secundaere oder ischiasaehnliche bezeichnet. Gegen diese Anschauungen sprechen viele Tatsachen: Erstens sahen wir im Vorhergehenden aus den Ar-

beiten von Rob. Bing und Alexander, dass die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten bei genaueren Untersuchungen ueberwunden werden koennen. Die Erfahrung lehrt, dass andere Formen relativ oft als Neuralgie angesprochen werden, wohl besonders deshalb, weil sie dem praktischen Arzt wenig gelaeufig sind (Bing). Schliesslich spricht die Art, wie man die Therapie fuer die myalgische Erkrankung angewendet hat, fuer die Richtigkeit der diagnostischen Trennung.

Literaturverzeichnis.

(1) *W. Alexander:* **Fehldiagnose bei Ischias.** Berlin. Klinische Wochenschrift 1912 № 12 S. № 830.

(2) *Lindstedt:* **Ueber Aetiologie und Pathogenese der Ischias.** Zeitschrift fuer klinische Medizin. 1922 XCIII Heft 1—3 S. № 179.

(3) *Fr. Schultze:* **Einige Erfahrungen ueber Ischias.** Zentralblatt fuer innere Medizin 1907. S. 609.

(4) *Ad. Schmidt:* **Das Problem des Muskelrheumatismus.** Medizinische Klinik 1910 № 19.

(5) *Ad. Schmidt:* **Nocheinmal das Problem des Muskelrheumatismus.** Medizinische Klinik 1914 № 16.

(6) *Rob. Bing:* **Neuralgie, Myalgie, Psychalgie.** Sonderabdruck der Schweizerischen Medizinischen Wochenschrift 1924.

(7) *Malte Jungdahl:* **Nerven und Muskelsymptome bei deformierenden Arthritiden. Ein Beitrag zur Pathogenese der Ischias.** Wiener klinische Wochenschrift 1920 № 5.

(8) *G. Perit:* **Neuralgie, Myalgie.** Berliner klinische Wochenschrift 1907 № 30.

(9) *Goldscheider:* **Ueber refrigeratorische Myalgie und Arthralgie.** Zeitschrift fuer physikal. und diaetetische Therapie 1916 XX S. 193.

(10) *Stursberg:* **Ueber Wurzelischias.** Muenchener medizinische Wochenschrift 1910 № 34.

(11) *F. Baehr:* **Zur Enstehung der Skoliosis ischiadica.** Zentralblatt fuer Chirurgie 1896 S. 760

F. Baehr: **Kritische Bemerkungen zur Skoliosis ischiadica.** Archiv fuer klinische Chirurgie 1898 Bd. LVI S. 361.

Zum Schlusse erfuelle ich die angenehme Pflich meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Rob. Bing fuer die Anregung zu dieser Arbeit meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.